FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969

THÈSE

N° 1133

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Claude, Armand DESCHAMPS

Né le 1er Août 1941 à Lyon (2e)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé d'Études Médicales relatives
à la réparation juridique du dommage corporel

C.E.S. de Médecine du Travail
et d'Hygiène Industrielle

Présentée et soutenue publiquement le

TRAUMATISMES ET GROSSESSE. ASPECTS MÉDICAUX ET MÉDICO-LÉGAUX DANS LE CADRE DE L'EXPERTISE

Président : Monsieur J. VARANGOT (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VIe

1969

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1969 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Claude, Armand DESCHAMPS

Né le 1er août 1941 à Lyon - 2ème

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé d'Etudes Médicales relatives à la réparation juridique du dommage corporel

C.E.S. de Médecine du Travail et d'Hygiène Industrielle

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

TRAUMATISMES ET GROSSESSE. ASPECTS MEDICAUX ET MEDICO-LEGAUX DANS LE CADRE DE L'EXPERTISE

-:-

Président : Monsieur J. VARANGOT (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6ème
1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection

A mes SOEURS Marie-Françoise et Chantal

Avec toute ma tendresse

A tous les MIENS

A tous mes AMIS

en particulier à mon très cher et
regretté Pierre LAVRUT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523711_0031

A Monsieur le Professeur J. VARANGOT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie Nationale de Médecine

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse

En hommage respectueux et reconnaissant

A Monsieur le Professeur Agrégé R. HENRION

Qui nous a aidé de ses
conseils éclairés

Avec nos sincères
remerciements

A nos Maîtres

DE STAGE :

Monsieur le Professeur PATEL
à l'Hôtel-Dieu

Monsieur le Professeur GILBERT-DREYFUS
à La Pitié

Monsieur le Professeur SICARD
à la Salpétrière

Monsieur le Professeur ISRAEL-ISELAIN
à l'Hôpital Foch

D'EXTERNAT

Monsieur le Professeur MERLE D'AUBIGNE
à Cochin

Monsieur le Professeur PERROTIN
à Lariboisière

Monsieur le Docteur WALTER
à la Maternité Rothschild

Monsieur le Docteur LEVY
à l'Hôpital Rothschild

Monsieur le Professeur PERRAUT
Monsieur le Professeur BOUDIN
Monsieur le Professeur CATINAT
à Saint-Antoine

Monsieur le Professeur CHASSAGNE
à l'Hôpital Trousseau

Monsieur le Professeur MERGER
à la Maternité St-Antoine

Monsieur le Professeur VARANGOT
à la Maternité Port-Royal

TRAUMATISMES ET GROSSESSE.
ASPECTS MEDICAUX ET MEDICO-LEGAUX DANS LE CADRE DE L'EXPERTISE

-:-

P L A N

- INTRODUCTION

- QUELQUES CONSIDERATIONS HISTORIQUES

- ETUDE DE LA LEGISLATION DU TRAVAIL VISANT A PROTEGER LA FEMME EN GENERAL, LA FEMME ENCEINTE EN PARTICULIER, CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL, LES TRAUMATISMES PROFESSIONNELS.

  . Motifs qui ont amene la parution de ces textes

  . La législation telle qu'elle est

  . Sa critique.

- ETUDE DES CONSEQUENCES DU TRAUMATISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE, DU POINT DE VUE MEDICAL.

  1) Conséquences générales,

  2) Influence du traumatisme sur la Gestation

  3) Les lésions traumatiques en dehors de la Zone Génitale

  4) Les lésions traumatiques abdominales chez la femme enceinte

  5) Les lesions traumatiques du Bassin Osseux

6) Conséquences du traumatisme sur le Produit de la conception

7) Conséquences du traumatisme sur le Déroulement de l'Accouchement.

- PROBLEMES POSES AUX JUGES PAR L'ASSOCIATION TRAUMATISME ET GROSSESSE - RELATIONS JUGE-MEDECIN EXPERT.

  . Problèmes qui se posent au Juge

  . Problèmes qui se posent au Medecin-Expert

  . Leurs relations

- OBSERVATIONS CONCRETES D'ASSOCIATIONS DE TRAUMATISMES ET GROSSESSES RECUEILLIES DANS LES ARCHIVES DE LA MATERNITE DE PORT-ROYAL-SERVICE DE M. LE PROFESSEUR J. VARANGOT.

  . L'observation

  . Sa discussion médico-légale

  . Les Problèmes que posent ces observations.

- CONCLUSIONS

  . Sur le Plan Législatif

  . Sur le Plan Médical et Obstetrical

  . Sur le Plan Médico-Légal de l'expertise.

- BIBLIOGRAPHIE

I. INTRODUCTION

Si les statistiques des Assurances montrent que les accidents, de quelque nature qu'ils soient de circulation ou du travail surviennent encore plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, il est évident que leur fréquence chez celle-ci a considérablement augmenté au cours de ces dernières années.

L'état de grossesse étant assez répandu puisqu'il nait environ chaque année 800.000 enfants en France, il m'est apparu intéressant d'envisager dans ce mémoire, ce couple de plus en plus fréquemment rencontré :

TRAUMATISME ET GROSSESSE

Il ne s'agit quand même pas d'un problème nouveau. Depuis longtemps on épilogue sur les conséquences du traumatisme, de l'accident corporel vis à vis de l'état de grossesse.

MAURICEAU lui-même, disait que "certaines femmes pouvaient avorter dès le moindre faux pas." La femme enceinte fut ainsi entouree des plus grandes sollicitudes, voire même d'interdits : elle n'avait plus le droit de sortir, de marcher même ... elle attendait la Délivrance.

Ces temps ont en fait bien changé ! L'extraordinaire évolution féminine fait que l'on rencontre des femmes enceintes dans l'exercice de leur vie professionnelle et sociale jusqu'à un âge avancé de leur grossesse.

Notre univers a lui aussi évolué nous le signe du progrès certes, mais aussi de la vitesse et plus que jamais, "il n'est rien ici bas que le danger n'entoure".

- les femmes qui travaillent sont de plus en plus nombreuses ; elles sont donc de plus en plus nombreuses a être exposées aux machines qu'elles utilisent - machines que les impératifs de production ont rendu de plus en plus rapides mais malheureusement pas toujours de moins en moins dangereuses.

- les femmes sortent plus, pratiquent plus les sports, conduisent leur voiture ... et si l'on doit s'en réjouir, on doit aussi constater que les accidents qui en decoulent sont de plus en plus nombreux.

... et les femmes enceintes habituées à cet univers, courent pendant la période de leur

gestation les mêmes risques. Les accidents ne les épargnent pas.

Le traumatisme chez la femme enceinte est devenu de plus en plus fréquent.

De cette constatation découlent des conséquences :

Pour

- le législateur qui a cherché à préserver de l'accident de travail, la femme en général et la femme enceinte en particulier.

Pour

- le médecin qui a essayé de schématiser les conséquences les plus fréquentes de ces traumatismes.

    - sur la femme enceinte,

    - sur la grossesse elle-même

    - sur le foetus

Pour

- le juge enfin qui doit tenir compte dans l'évaluation des dommages, de cet état de grossesse sur lequel est survenu le traumatisme et des conséquences de celui-ci vis à vis de cet état.

Nous étudierons successivement chacun de ces aspects.

II. ETUDE DE LA LEGISLATION DU TRAVAIL VISANT A PROTEGER LA FEMME EN GENERAL, LA FEMME ENCEINTE EN PARTICULIER, CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL, LES TRAUMATISMES PROFESSIONNELS.

L'élaboration de ces textes fut lente au cours des âges et particulierement laborieuse. Ce n'est qu'en 1892 que l'on trouve un texte législatif protégeant la femme. L'antique loi des Sièges en 1900 ne faisait obligation aux employeurs de disposer des sièges dans leurs entreprises que quand le travail le permettait sinon de les disposer à proximité du travail...

Leur nécessité s'est progressivement imposée au législateur devant la façon abusive dont les femmes étaient employees à leur travail, mais aussi devant le nombre des accidents qui survenaient et du fait des consequences obstétricales fâcheuses souvent entrainees par ceux-ci - encore constatees de nos jours malgré les améliorations apportees. Que l'on envisage seulement :

- une statistique allemande d'il y a cinq ans environ établit la fréquence relative des avortements spontanes chez les femmes qui travaillent et chez celles qui ne travaillent pas :

  13,2 % d'avortements chez les femmes qui travaillent

  5,8 % chez celles qui ne travaillent pas.

- A la maternité de l'hôpital Saint-Antoine il a éte etudié l'influence du travail sur la pathologie obstétricale. On a remarqué que les forceps et les cesariennes etaient beaucoup plus fréquents chez les femmes qui travaillent.

- Certaines dystocies viennent des deformations squelettiques acquises au cours du travail. Un auteur italien trouve 45 fois plus de bassins rétrécis chez les femmes qui travaillent à porter des hottes de raisins.

- Le retentissement sur l'enfant est également sévère : en ce qui concerne la mortinatalité, la proportion de mort-nes est le double chez la femme qui travaille (24,5/000 contre 11/000).

Admettre pour seule cause la fatigue causee par le travail serait meconnaître autant l'importance au travail effectue à domicile par la menagère sans profession, que l'importance des multi-micro-traumatismes auxquels est soumise celle qui travaille en usine.

Des dispositions speciales au travail des femmes ont donc ete elaborees par le legislateur. Ces dispositions constituent le Chapitre II du titre II du Livre II du Code du Travail.

En ce qui concerne les Travaux Dangereux : les articles 72 et 73 prévoient que des règlements d'Administration publique doivent determiner :

Les differents travaux :
presentant des causes de danger

ou excedant les forces

Les conditions speciales d'emploi des femmes dans les établissements insalubres ou dangereux.

En application de ces dispositions sont intervenus trois decrets :

- Decret du 28 decembre 1909 sur la limite des charges qui peuvent être portees, traînees ou poussées par les femmes.

- Decret du 21 juin 1913 sur l'emploi des femmes aux étalages exterieurs des boutiques et magasins.

- Decret du 19 juillet 1958 sur les travaux dangereux pour les femmes (qui a remplacé le decret du 21 mars 1914)

Ce Decret :

Dans son article premier interdit d'employer des femmes à l'entretien (graissage, nettoyage) ou à la verification de machines en marche ; interdit egalement les travaux à proximité de courroies, câbles, chaînes, etc... non proteges.

Dans son article onze interdit d'employer des femmes à certains travaux, ou même de les laisser pénetrer dans les locaux où s'effectuent ces travaux qui sont énumerés dans un des deux tableaux, le tableau A, annexes au Decret. Ce tableau comprend deux parties :

l'une concernant les travaux interdits, avec interdiction de penetrer dans le local où s'effectuent ces travaux : tels les travaux dans l'air comprime.

l'autre concernant les travaux interdits, mais où la penetration dans le local affecté à ces travaux n'est pas interdite : tels les travaux au marteau piqueur ...

En outre, dans ce chapitre II, on trouve encore :

L'article 14 interdisant plus de 10 heures de travail par jour et imposant au moins une heure de repos.

Les articles 21 à 29 interdisant tout travail entre 22 heures et 5 heures du matin, imposant un repos de nuit de 11 heures consecutives.

Les articles de 52 à 54 imposant le repos obligatoire les jours feriés.

Enfin dans le Titre I Chapitre IV bis du Livre II à l'Article 54a le legislateur interdit d'employer des femmes enceintes pendant une période de 8 semaines au total avant et après leur accouchement. Il est par ailleurs interdit d'employer des femmes en couches pendant les 6 semaines qui suivent leur delivrance.

Tous ces textes ont certes apporté une amélioration considérable aux conditions de travail de la femme, et de la femme enceinte, par rapport à ce qu'il existait auparavant. Cela est-il suffisant ?

Il est permis d'en douter à la seule vue des considerations qui débutaient ce chapitre et à l'usage de la pratique hospitalière :

Beaucoup de femmes exercent souvent des metiers trop durs pour elles les exposant soit aux deformations squelettiques progressives

soit à des traumatismes pelviens qui peuvent avoir une incidence au cours d'une grossesse ultérieure.

Beaucoup de femmes enceintes fatiguees, vues en consultation, se plaignent que malgré leur état de grossesse il soit impossible pour elles d'obtenir un changement de poste du fait de la rarete des mutations possibles, même temporaires.

D'énormes progrès restent donc à accomplir dans la protection de la femme, qu'elle soit enceinte ou non. Que les gros traumatismes sur les lieux du travail soient en nette diminution, c'est certain ; il n'empêche que les micro-traumatismes quotidiens auxquels elles sont soumises persistent. Les six semaines de congé avant l'accouchement sont un mieux, mais encore faudra-t-il que la grossesse se deroule normalement et soit bien supportee pour que soient atteints ces 7 mois 1/2 Si elles satisfont à la rigueur la secrétaire assise dans un bon fauteuil conviendront elles à une empaqueteuse ? Toutes deux ne souffriront elles pas à partir de 4 à 5 mois de leurs 2 heures journalières de transports en commun dans la cohue...

En fait, un bref aperçu des textes legislatifs ci-dessus montrent que finalement il n'existe que peu de mesures speciales pour la femme enceinte.

III. ETUDE DES CONSEQUENCES DU TRAUMATISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE, DU POINT DE VUE MEDICAL

Chaque traumatisme a une action locale variable : brûlure, attrition, solution de continuité. Si la lésion est basse elle peut constituer un obstacle praevia ; haute, elle peut aussi bien intéresser le péritoine que menacer la vie du foetus.

Toutes ces actions ne peuvent être étudiées que séparément selon la nature et la localisation du traumatisme.

1. Mais il a des conséquences générales qui peuvent être envisagées en bloc : Telles, le choc qui accompagne les traumatismes graves. Comme en dehors de la grossesse la règle thérapeutique trouve son application habituelle = combattre d'abord le choc par les moyens adéquats avant de s'attaquer à la lésion locale. Pour le Pr MAHON, il ne semble pas d'ailleurs que la grossesse favorise l'apparition du choc. Pour BOST egalement "la femme enceinte supporte bien les traumatismes".

2. L'intérêt principal de cette etude réside dans l'influence du traumatisme sur la gestation.

Depuis les premières communications de GUE-

NIOT (1876) et de TILLAUX (1898) on admet que "la femme enceinte peut subir des traumatismes très violents sans dommage pour la grossesse". Les exemples sont nombreux de femmes qui se sont imposées les pires chutes sans reussir à obtenir l'avortement recherché.

TORTUAL et CORTESI qui ont étudié les fractures du bassin aux différentes epoques de la grossesse n'ont jamais rencontré ni avortement, ni accouchement prématuré.

BAILO et SINIGAGLIA sont moins optimistes et concluent qu'en cas de fractures du bassin, le pronostic de la gestation est moins favorable qu'on ne le dit.

DIEZ met en doute l'action sur la grossesse d'un traumatisme à distance. Il affirme qu'un traumatisme peut entraîner ou non l'interruption de la gestation suivant le genre du traumatisme, l'épaisseur de la paroi, le siège du placenta.

ZWEIFEL a étudié le mode d'action du traumatisme dans l'interruption de la grossesse : il peut y avoir rupture des membranes, hématome rétro-placentaire, décollement prématuré du placenta, endométrite déciduale traumatique. Pour lui, "la mort du foetus est possible sans que la mère ait subi de graves dommages".

Toujours pour ZWEIFEL, entre le traumatisme et l'interruption de la grossesse il se passe toujours un certain laps de temps. Cependant, quand le traumatisme n'a précédé l'interruption de la grossesse que de quelques heures ou quelques jours il est plus facile d'admettre sa responsabilité que si l'interruption survient à une date plus éloignée. BAILO et SINIGAGLIA pensent que, dans ce dernier cas, on ne peut accepter l'origine traumatique de

l'interruption qu'après avoir élimine toutes les autres causes possibles par une etude complète anamnestique, clinique, sérologique et anatomo-pathologique.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'il faut être très prudent surtout sur le plan médico-légal, avant d'affirmer une relation de cause à effet entre le traumatisme et une interruption de grossesse. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de proportionnalité entre l'importance d'un traumatisme et les chances d'avortement ou d'accouchement prématuré. De toute façon, après tout traumatisme, l'accoucheur devra procéder à un examen doux, attentif et complet de la patiente, ne serait-ce que pour la rassurer elle et son entourage, toujours très inquiet pour l'enfant. Il est bon de prescrire un traitement à base d'opiacés, d'antispasmodiques ou de progesterone pour prévenir les contractions de l'utérus, à plus forte raison si la menace de l'interruption se précisait.

III. Les lésions traumatiques en dehors de la zone génitale :

En particulier les fractures ont eté particulièrement étudiées. Certaines ayant un caractère quasi spontané, comme celles des cotes qu'un simple accès de toux suffit parfois à provoquer en fin de grossesse, tendent à prouver que la fragilité osseuse est accrue chez la femme enceinte.

S'il est évident que les fractures du bassin ou des membres inférieurs sont plus génératrices d'interruption de grossesse que les fractures du crâne ou des membres supérieurs la proportion est loin d'être absolue.

La question sur laquelle les avis sont par-

tagés est celle de l'influence de la grossesse sur la consolidation des fractures.

. PUTZ croit à une action defavorable, d'autant plus marquée que l'accident est survenu tôt au cours de la gestation.

. BAILO et SINIGAGLIA, au contraire ont toujours observé une évolution normale du cal et excluent l'idée d'une influence défavorable sur la guérison des fractures, quel que soit le segment atteint et quelle que soit l'époque de la grosse où le traumatisme s'est produit. Pour la majorité des auteurs, il faut appliquer aux fractures de la femme enceinte les mêmes règles therapeutiques qu'en dehors de la gestation.

IV. Les lésions traumatiques abdominales chez la femme enceinte.

Le ventre proéminent de la femme enceinte s'offre d'autant mieux aux coups que la grossesse est plus avancée. Comme le fait remarquer BOST l'utérus gravide est très résistant. Mais il peut néanmoins se rompre sous l'action d'un gros traumatisme entrainant une contusion violente de l'abdomen même sans plaie parietale comme on en observe dans les accidents graves de la circulation. Il s'agit alors souvent de veritables éclatements avec fissurations irradiées, siègeant d'ordinaire sur la paroi antérieure de l'organe. Il a été encore signalé récemment quelques coups de cornes pénétrants.

Les blessures par balles ont constitué pendant longtemps le plus fort contingent des plaies pénétrantes de l'utérus gravide. Mais les deux guerres mondiales, la seconde surtout et les actes de belligérance et de terrorisme frequents ces dernieres annees ont fourni des

blessures par éclats : éclats d'obus, éclats de bombes.

a) Sur le plan anatomie pathologique :

- Les perforations de l'uterus sont uniques ou multiples, généralement nettes, la texture de la paroi musculaire utérine limitant l'écoulement du sang et du liquide amniotique, pouvant même rendre virtuel l'orifice, ce qui a permis des guérisons sans interventions.

  Mais les blessures peuvent être aussi à bords déchiquetés et contus, parfois avec assez large perte de substance. Certains auteurs ont vu le placenta faire hernie à travers la plaie uterine et saigner abondamment. Le foetus est souvent blesse, soit mortellement, soit moins gravement, mais avec séquelles definitives. Le projectile peut terminer sa course dans la paroi ou la cavité utérine, le placenta ou le corps du foetus.

- Les lésions associées : elles sont relativement peu fréquentes et d'autant moins que la grossesse est plus avancée. Ainsi que l'a fait observer STORCK, la masse de l'utérus gravide protège les gros vaisseaux et l'intestin grêle.

b) Le diagnostic de ces lésions utérines ne soulève généralement pas de difficultes, bien que devant certains orifices d'entrée il ne soit pas aisé de reconstituer le trajet. La laparotomie, qui permet l'inventaire des lésions, s'impose toujours.

Dans les ruptures de l'utérus sans plaie de la paroi, il peut y avoir retard dans le diagnostic ou confusion avec la rupture d'un au-

tre viscère plein. Mais le collapsus marqué qui ne cède pas, la sensibilité utérine, doit faire penser à la lésion de l'utérus.

c) Le traitement de ces lesions est le problème essentiel : malgré quelques guérisons sans intervention, l'abstention est à rejeter

.. Pour ECKERLING et TEAFF, quand l'utérus est lésé, - même si la plaie n'est pas perforante -, il faut interrompre la grossesse par césarienne sans tenir compte de la viabilité du foetus. L'utérus est alors amputé ou traité de façon conservatrice suivant l'importance des lésions.

.. BOST préconisait la césarienne également à toute époque de la grossesse.

.. WRIGHT s'élève contre ces positions : il pense que l'indication majeure de la césarienne est le sauvetage de l'enfant et que quand cela est impossible, en particulier au cours des deux premiers trimestres, elle ne peut être justifiée que par des indications exceptionnelles.

.. Pour MAHON, la suture simple des plaies utérines sans cesarienne doit être tentee quand l'enfant n'est pas certainement viable à moins de grosses lésions incompatibles avec la poursuite de la grossesse et dangereuses pour la vie de la mère. Par contre lorsque l'utérus est appele à se contracter peu après la suture de ces plaies, c'est à dire au voisinage du terme, il paraît formellement indique de prevenir cette éventualité par la césarienne préalable à la suture.

Dans tous les cas, on s'efforcera d'éviter l'hystérectomie. L'infection n'a pratiquement

fourni aucune indication à l'hystérectomie ; même avant les sulfamides et les antibiotiques, l'infection par plaie transabdominale de l'utérus n'a pas été signalée.

.. Avec ECKERLING et TEAFF, le Pr MAHON pense "qu'on ne peut pas séparer le traitement obstétrical des plaies de l'utérus gravide de celui des blessures abdominales chez la femme enceinte n'intéressant pas l'utérus. La césarienne est la méthode de choix quand la femme est déjà en travail ou en imminence de travail. Une césarienne pratiquée au cours de la laparotomie d'urgence préviendra les risques d'éventration et surtout les modifications brusques de la pression abdominale provoquée par l'accouchement et nuisible pour l'opérée. Mais à distance du terme, la césarienne ne pourrait qu'aggraver inutilement les risques de l'opération d'urgence, à moins que l'évacuation préalable de l'utérus ne soit indispensable pour aborder les lésions. Quand le foetus a atteint la période de viabilité, le pronostic vital maternel est un élément capital de décision. Si la mère n'a aucune chance de survivre à ses blessures et si l'enfant est vivant et viable, la césarienne s'impose pour sauver le seul qui puisse être sauvé".

En résumé :

L'abstention chirurgicale est à rejeter en principe, mais le traitement sera aussi conservateur que possible :

- loin du terme : suture simple des perforations sans évacuation utérine quand le foetus est vivant et les lésions limitées.

- Pendant le travail ou en imminence de celui-ci l'evacuation prealable de l'utérus

par césarienne pour éviter les perturbations abdominales de l'accouchement dans les suites opératoires immédiates. La restauration de l'utérus sera préférée à son amputation - elle sera presque toujours possible.

- Dans les lesions abdominales graves qui entourent l'utérus sans l'intéresser, respect de la grossesse loin du terme, mais césarienne si l'accouchement est imminent, toujours pour les mêmes raisons.

- Enfin si la mère est mortellement atteinte et le foetus vivant et viable, il faut pratiquer une césarienne ante-mortem dans le seul intérêt de ce dernier.

V. Lésions traumatiques du bassin osseux :

Le principal danger des lésions du pelvis, outre le risque d'interruption de grossesse qu'elles comportent est de constituer lors de l'accouchement un obstacle praevia.

. Pour le Pr MERGER, les conséquences de ces lésions chez la femme sur la perméabilité du bassin sont très variables et ne se prêtent guère à une classification. On ne peut donc décrire un type anatomique ; la déformation est toujours asymétrique.

. Pour les Pr PIGEAUD et MAGNIN, toutes les fractures du bassin n'entrainent pas une viciation pelvienne susceptible d'avoir un retentissement obstétrical. Seules celles qui portent sur le sacrum ou sur la portion pelvienne des os coxaux - à l'exclusion par conséquent des fractures de l'aile iliaque - peuvent jouer un rôle de cet ordre. Les déformations qui résultent des fractures du bassin tiennent à deux facteurs :

- le deplacement des os fracturés.

- La production d'un cal plus ou moins volumineux.

. S'il est impossible de décrire les formes diverses que peuvent revêtir les bassins fracturés, on peut quand même en distinguer quelques types principaux.

1) Les fractures du sacrum : très rares, ont pour siège soit le corps, soit les ailerons.

a) Les fractures du corps du sacrum ont le plus souvent une direction transversale et l'un des fragments se déplaçant en avant fait saillie dans la cavité pelvienne qu'il obstrue. Dans ces fractures transversales les lesions peuvent être semblables à celles des spondylolisthésis. En cas de fracture des apophyses articulaires la deformation est réalisée au maximum.

b) Les fractures des ailerons sacrés, brisant la continuité de l'arc postérieur, s'accompagnent d'un déplacement des fragments qui donne au détroit supérieur un aspect oblique - ovalaire.

2) Les fractures de la portion pelvienne des os coxaux peuvent porter en divers endroits :

a) L'ischion : il est rarement atteint. Sa fracture par arrachement donne une deformation asymétrique au niveau du détroit inférieur.

b) Le Pubis :
- la double fracture verticale des pubis donne une déformation à peu près symétrique. Le bassin, du fait des modifications de sa paroi antérieure constituée

par le fragment intermédiaire refoulé dans l'excavation et oblique en bas et en arrière, se trouve déformé en entonnoir.

- La fracture double de Malgaigne associe deux fractures :
  . Une fracture antérieure de la branche horizontale du pubis et de la branche ischio pubienne correspondante.
  . Une fracture postérieure située au voisinage de l'articulation sacro-iliaque Le fragment compris entre les deux traits de fracture peut subir divers déplacements. Lorsque celui-ci se fait en dedans, la région cotyloïdienne se projetant vers le centre du bassin, le diamètre oblique dont l'extrémité antérieure correspond à ce fragment est réduit.

c) L'arc antérieur du bassin : il arrive fréquemment que le cal osseux fasse défaut. Les fragments ne se trouvent alors réunis que par des trousseaux fibreux créant un véritable diastasis dangereux pour l'accouchement.

. Pour Commandeur, les déformations pelviennes consécutives aux fractures se rapprochent en définitive de l'un ou l'autre des deux types :
- type oblique ovalaire
- type obstrué.

. Enfin tout récemment dans une nouvelle étude statistique reposant sur l'analyse de 20 observations de viciations de la filière pelvienne par fracture du bassin, recueillies entre 1960 et 1967, le Professeur MAGNIN estime que s'il semble en effet difficile de décrire un type anatomo-clinique univoque, le tableau comporte cependant plusieurs repères fixes :

- L'asymétrie du détroit supérieur :

. est de caractère violent, c'est-à-dire quand la différence entre les deux diamètres obliques est supérieure ou égale à 3 cm., une fois sur trois, avec la sanction chirurgicale qu'elle impose. Il s'agit de bassins où le diamètre sacro-cotyloïdien le plus court est inférieur à 7 cm, et qui sont comparables sur le plan de la morphologie et du pronostic au bassin de Naegele.

. est de caractère moyen ou modéré deux fois sur trois, c'est-à-dire, quand la différence entre les deux diamètres obliques est supérieure ou égale à 2 cm. Il s'agit de bassins où le diamètre sacro-cotyloïdien le plus court est inférieur à 8 cm. Le pronostic dépend essentiellement des altérations des diamètres transverses médian et antéro-postérieur.

- L'asymétrie du détroit inférieur est le plus souvent sans conséquences obstétricales majeures.

- Enfin il existe des viciations complexes de l'excavation de type obstructif difficilement descriptibles. Leur pronostic est le plus souvent très réservé.

La connaissance de la lésion initiale permet dans une certaine mesure de prevoir le type et l'importance de la viciation :

- rétrécissement étagé proportionnellement lorsqu'il y a eu translation du fragment déplacé, et retrécissement allant en s'aggravant de haut en bas lorsqu'il y a eu bascule ;

- rétrécissement de type pseudo-oblique ovalaire si le fragment déplacé est long, ré-

trécissement frappant plus électivement un diamètre et rappelant le bassin vicié par tumeur si le fragment déplacé est court.

Ces fractures du bassin peuvent s'observer aussi bien en dehors que pendant la grossesse.

. Au cours de la grossesse, elles ont généralement surpris les auteurs par leurs conséquences bénignes. La plupart de ceux-ci soulignent le fait qu'un traumatisme aussi violent et qu'une lésion aussi voisine de l'utérus gravide n'ont pas interrompu la grossesse.

Lorsque la fracture est récente quand commence le travail, il se peut qu'elle ne soit pas encore consolidée et qu'après l'accouchement par voie basse on constate un déplacement des fragments.

Pour certains, le cal est rarement dystocique. Pour d'autres, - comme GOUIN - des dystocies sont possibles par fracture isolée du sacrum ou par fracture complète de la ceinture pelvienne donnant un bassin asymétrique.

Actuellement, la majorité des auteurs pense que si le foetus ne peut franchir spontanément l'obstacle du cal, il faut sans hésiter pratiquer la césarienne comme dans toute dystocie osseuse.

. En dehors de la grossesse, le problème est celui de la prophylaxie et du traitement du cal vicieux du bassin.

Si l'attitude thérapeutique courante consiste à considérer qu'une déformation anatomique importante est parfaitement compatible avec un résultat fonctionnel satisfaisant et que les césariennes itératives et les moyens

contraceptifs qui en sont les conséquences, ne méritent pas d'être prises en considération, il faut bien reconnaître qu'une déformation anatomique importante comporte presque obligatoirement une conséquence articulaire directe qui, à long terme, aboutira à une dégradation du résultat fonctionnel. En outre la césarienne comporte malgré tous les progrès, un certain risque.

Pour le Professeur MAGNIN, une attitude thérapeutique plus "agressive" serait donc, peut-être souhaitable :

- Chez une jeune femme, présentant une fracture fraîche du bassin, tout doit être mis en oeuvre pour obtenir un résultat anatomique parfait ; on sera d'autant plus large d'indications chirurgicales que le fixateur externe d'Hofmann permet, dans la plupart des cas, une ostéosynthèse à distance du foyer, très solide et très élégante.

- Chez une jeune femme presentant un cal vicieux du bassin à conséquences articulaires actuelles ou potentielles et désireuse de maternité, l'ostéotomie dont la technique de choix serait la pelvitomie innominée avec interposition d'un greffon osseux, serait théoriquement justifiée.

Sur le plan médicolégal, le traumatisme du bassin pose la question essentielle de ses séquelles, évidemment chez une femme jeune où l'on devra évaluer le prejudice obstetrical qui pourra dans l'avenir, résulter de la fracture du fait du risque dystocique.

. Les antécédents obstétricaux doivent entrer en ligne de compte au moins dans deux circonstances :

- Chez la femme stérile, dans la mesure où cette stérilité est absolument certifiée par des examens ou des interventions chirurgicales préalables.

- Chez la femme présentant dès avant le traumatisme, une cause majeure de dystocie.

Dans les deux cas, on peut théoriquement estimer que le préjudice obstétrical est nul, alors que chez une femme fertile et antérieurement saine, le préjudice est certain.

. L'importance de la viciation pelvienne constitue, en fait, le seul élément d'appréciation à retenir.

C'est par l'examen obstétrical, clinique et radiopelvimétrique (position de THOMS - face et profil - position de COLCHER-SUSSMANN) complétés au besoin par la Tomographie métrique préconisée par le Professeur MAGNIN, que l'on appréciera, une fois les processus stabilisés, les modifications apportées aux différents diamètres et que l'on pourra classer le retrécissement dans trois catégories qui pourraient être chacune affectées d'un coefficient d'IPP.

- bassin chirurgical avec la perspective de césariennes itératives qu'il comporte et éventuellement stérilisation ultérieure.

- bassin limite à pronostic réservé

- bassin limite à bon pronostic.

En outre, il faudra tenir compte des lésions associées pouvant avoir un retentissement obstétrical : lésion vulvo-périnéales, sources de dystocies vulvo-périnéales, des parties molles, et lésions des voies urinaires pouvant rendre dangereuses une inter-

vention obstétricale.

Ceci nous amène à parler, pour Monsieur le Professeur MAGNIN, d'un autre aspect du problème medico-légal, celui de la stérilisation:

- La stérilisation chirurgicale d'emblée n'est pas admissible du seul fait d'un rétrécissement du bassin, même très serré.

- la stérilisation temporaire par contraceptifs oraux ou toute autre méthode parait, par contre, parfaitement légitime chez une femme déjà mère de famille et presentant un risque dystocique important.

- la stérilisation chirurgicale définitive, licite après césariennes itératives, doit être envisagée dans l'évaluation du préjudice.

VI. Conséquences du traumatisme sur le produit de la conception.

Elles sont variables selon :

. que la grossesse a été interrompue prématurément ou non.
. que le foetus a été atteint ou non.

a) L'interruption prématurée de la grossesse à la suite du traumatisme est le cas le plus fréquent. Si le foetus a survecu au traumatisme et n'a pas souffert de celui-ci, la date de survenue de l'interruption est capitale pour lui. Avant la 28e semaine après le début des dernières règles ses chances de survie sont pratiquement nulles. De la 28e à la 38e semaine ses chances de survie croissent progressivement et ce, d'autant plus qu'au moment de sa naissance d'une mère bien portante au cours de sa grossesse, son poids est

plus élevé. Néanmoins, l'immaturité de la plupart de ses organes, en particulier respiratoire, cardiovasculaire, nerveux et digestif, et ses mauvaises regulations métaboliques et thermiques doivent faire craindre d'abord pour sa survie s'il n'est pas aussitôt dirigé sur un Centre spécialise, ensuite pour les conséquences possibles sur ces Centres supérieurs. Si au cours de ses dernières années la mortalité des prématurés a considérablement diminué - du moins dans les centres spécialisés - il n'en est pas de même de la morbidité. Et la conséquence d'un traumatisme chez une femme enceinte peut être la naissance d'un enfant arriéré psycho-moteur.

b) L'atteinte du foetus : elle est soit directe, soit indirecte.

- L'atteinte directe du foetus est possible (balles, projectiles parties metalliques d'une automobile, coup de couteau). Dans ces cas, la mort du foetus est fréquente. Dans une statistique de WRIGHT et coll., 54 % de morts.
  Quand le foetus survit, les lésions causées par le traumatisme entrainent souvent des sequelles definitives. (RAUTUREAU et DUCOURNEAU).

- L'atteinte indirecte du foetus est due à l'intimité des liens qui l'unissent à l'organisme maternel.

  Qu'une chute du débit circulatoire brutale survienne - due à une hémorragie, exemple le plus fréquent -, le foetus en subit immédiatement les conséquences et l'anoxie qu'elle entraîne peut être la source de souffrance foetale, en particulier du système nerveux dont l'atteinte peut laisser des séquelles irréversibles. Au maximum,

l'anoxie peut entraîner la mort du foetus. Les moyens d'investigations les plus modernes doivent être mis en oeuvre pour apprécier le retentissement foetal du traumatisme maternel.

De même, toutes les atteintes à l'état général de la mère peuvent avoir une incidence catastrophique sur le foetus. En particulier les plaies intestinales et surtout hépato-biliaires, du fait de l'importance des déséquilibres hydro-électrolytiques qu'elles entraînent peuvent retentir sur le foetus et freiner son développement normal.

VII. Conséquences du traumatisme sur le déroulement de l'accouchement.

. En cas d'accouchement prématuré : la surveillance des battements cardiaques du foetus doit être particulièrement attentive au cours de la dilatation. L'oxygénothérapie maternelle doit être mise en oeuvre. L'antibiothérapie est recommandée quand les membranes sont rompues pour prévenir l'infection amniotique à laquelle le prématuré est sensible.

Sauf nécessite absolue, les analgésiques, antispasmofiques et anesthésiques sont proscrits. Encore plus formellement le sont les ocytociques par voie sous-cutanée ou intramusculaire. Pour le Pr MERGER par contre, la perfusion intra-veineuse lente d'ocytonine peut être utilisée quand le travail est anormalement lent ; elle serait moins nocive pour le foetus que la prolongation excessive du travail. Pendant la période d'expulsion, pour éviter la lutte contre l'obstacle périnéal, on est souvent amené, surtout chez les primipares, à pratiquer une épisiotomie et même l'application de forceps qui exécutée avec douceur est moins dangereuse pour l'en-

fant qu'une expulsion trop laborieuse.

A sa naissance l'enfant doit être dirigé, dans la mesure du possible et au plus vite dans un centre spécialisé.

. En cas de séquelles de fractures du bassin, la conduite à tenir dépend de l'avaluation que l'on a faite de la capacité pelvienne. L'épreuve du travail doit être tentée quand elle est jugée possible après l'examen obstétrical clinique et la radio pelvimétrie.

. En cas de déformation importante du bassin ou de cal exhubérant, la césarienne est parfois d'emblée indiquée.

. En cas de fracture du bassin récente, les douleurs au cours du travail peuvent être si intolérables et si pénibles pour la malade que l'analgésie, voire la césarienne pourraient être envisagées.

. En cas de fracture des membres, les conditions d'immobilisation des fractures et la fragilité de leurs moyens de contention (fracture du col du fémur par exemple) empéchant de mettre la femme en position gynécologique, ou l'impotence fonctionnelle qu'elles entrainent (par exemple fracture des avant-bras) diminuant considérablement les efforts d'expulsion de la femme pourraient amener à pratiquer exceptionnellement soit une intervention par voie haute, soit une prise de forceps pour aider à l'expulsion.

o
o o

Cette longue étude montre combien peuvent être nombreuses les conséquences d'un traumatisme survenant sur une femme en état de grossesse ; combien aussi elles peuvent être

graves tant pour la vie de la mère, pour son accouchement, pour son avenir obstétrical, que pour la vie de l'enfant et son développement ultérieur.

La complexité de ces conséquences, les différents avis qui partagent les auteurs compétents à ce sujet, laissent entrevoir à quel point il va être délicat pour le juge de se faire une idée sur la relation de causalité qui existe entre celles-ci et le fait allégué. C'est au médecin expert que reviendra le rôle de tenter d'expliquer au juge, à la lumière de ses constatations et des opinions classiques à ce sujet, quelle a pu être l'incidence du traumatisme sur les modifications apportées au déroulement jusqu'alors normal de cet état physiologique qu'est la grossesse.

IV. PROBLEMES POSES AUX JUGES PAR L'ASSOCIATION TRAUMATISME ET GROSSESSE RELATIONS JUGES - MEDECINS EXPERTS .

Lorsqu'une instance est en cours, l'opportunité de l'expertise est laissée à l'appréciation du juge seul. Cependant, il est évident que lorsqu'une question médicale de cette importance se pose, le juge est toujours obligé de recourir à une expertise.

Nous avons vu au chapitre précédent quelle était la complexité du problème . Les actions possibles des traumatismes sur une grossesse sont innombrables. Or, la plupart de ces conséquences sont toutes plus ou moins discutées par les différents auteurs.

Pour se faire une idée précise du cas qu'il aura à juger, le juge nomme un expert en lui fixant une mission précise. Généralement, il lui est demandé de répondre à un certain nombre de questions que le juge à estimees nécessaires pour résoudre les difficultés soulevées par le procès. C'est donc le médecin expert qui va expliquer par ses réponses quelle a été l'influence de ce traumatisme sur la grossesse en général.

1) Pour le juge, en la matiere, le problème qui se pose le plus souvent devant les traumatismes les plus variés subis par la femme - est de savoir s'ils ont eu effectivement un rôle sur la grossesse.

Malheureusement pour le médecin expert une "grossesse" ne peut pas être envisagée sous le même angle qu'une jambe.

Une jambe est une entité anatomique ; une jambe sera ou non cassée après un traumatisme: elle ne l'était pas avant, elle le sera après et cela sera incontestable : le point d'impact du traumatisme, ou la chute qu'il aura entraînée, seront des preuves irréfutables de la relation de causalité entre le traumatisme et la fracture. Seul un traumatisme minime pourrait faire suspecter l'existence d'un état pathologique antérieur à l'accident, comme une tumeur osseuse à l'endroit de la fracture, cas que les radiographies, tomographies et biopsies locales pourraient facilement objectiver.

De toute façon, le traumatisme répété, soit élément déclenchant, soit élément révélateur de la lésion est en tous cas directement en cause.

A côté de cela, la grossesse est un tout complexe, associant une mère, un utérus, un placenta, des membranes, un foetus, un bassin, un psychisme enfin particulier à cet état ... Toutes données qui peuvent agir les unes sur les autres et où la souffrance de l'une se répercute sur toutes les autres.

Or, que savons nous de la grossesse ?

- Savons nous quand elle a commencé ? Nous pouvons n'émettre que des hypothèses.

- Savons nous ce qui en déclenche la fin ? Pourquoi les femmes dans leur majorité, accouchent-elles aux alentours de 9 mois ? Aux alentours puisque nous ne savons pas quand a commencé cette grossesse. Des au-

teurs Australiens auraient montré récemment du point de vue expérimental, qu'il fallait que l'hypophyse du foetus soit intacte pour que des brebis accouchent à terme ...

- Savons nous ce qui permet à une grossesse d'évoluer normalement et au foetus d'avoir un développement harmonieux. Des hypothèses ... Les dosages hormonaux en cours de grossesse ont montré que parfois, des chiffres abaissés étaient suivis d'avortements. Combien de fois avons nous vu des dosages très bas chez des femmes perdues de vue par la suite et qui ont accouché d'enfants normaux "en fin de grossesse".

- Savons nous toujours pourquoi, parfois, un placenta se décolle prématurément, des membranes se rompent, un utérus se contracte trop tôt ? ...

- Sommes nous toujours certains, tant cliniquement que radiologiquement de l'évaluation que l'on a faite d'un bassin ? ...

En fait, nous ignorons encore certaines notions essentielles. Comment pourrons nous affirmer à un juge que l'accident dont a été victime la plaignante a été le motif du déclenchement prématuré de son accouchement ? Les quatre examens obligatoires du fait de la loi sont-ils suffisants pour se faire une idée du déroulement intime de la grossesse ?

Nous ne savons pas quand cette femme aurait dû accoucher, nous ne savons pas comment évoluait cette grossesse. Rien ne peut nous permettre d'affirmer qu'elle aurait été à terme, que son accouchement se serait déroulé normalement, que son enfant serait né vivant ...

Mais il faut pourtant répondre aux juges, lui expliquer pourquoi l'on penche plus dans tel sens que dans tel autre.

Bien souvent, tout ne reposera en définitive que sur des statistiques, et sur ce que nous savons de ce qui s'était plus ou moins produit avant l'accident, de ce qui a eu lieu pendant et après, et de ce qui ne pouvait pas être en cause, grâce à des examens effectués a posteriori ; mais jamais, nous n'aurons comme point de repère ce qui se serait passé "normalement" puisque nous l'ignorons.

Ainsi, le médecin expert devra-t-il discuter non seulement le rôle du traumatisme mais également rechercher tout ce qui aurait pu entraîner les mêmes conséquences que lui.

C'est en procédant ainsi que l'expert pourra parvenir à une "conviction raisonnee" que le juge désire lui voir acquérir afin de pouvoir le cas échéant asseoir la sienne.

Finalement le juge se trouvera devant un rapport où des arguments pour et des arguments contre pourront motiver une conclusion. C'est de la clarté de ces arguments que découlera pour le juge la compréhension de la conclusion.

2) La relation de causes à effet étant établie entre le traumatisme et le fait allégué, encore faudra-t-il préciser exactement EN QUOI consiste le dommage pour que le juge puisse l'apprécier à sa juste valeur.

La Mort d'un enfant est toujours source de préjudice moral, de préjudice d'affection, voire de préjudice matériel. Qu'en sera-t-il pour le foetus non viable, car né trop prématurément ? Sa valeur sera-t-elle la même

que celle d'un enfant à terme ? Sa valeur sera-t-elle la même s'il est perdu par une primipare de quarante ans traitée depuis dix ans et opérée pour stérilité que pour une huitième pare de 28 ans ? Si l'on ne peut préjuger de la peine qu'auront les parents respectifs, si l'on a pas le droit de comparer la ferveur avec laquelle ils attendaient leur enfant respectif, si l'on ne peut enfin attribuer une valeur supérieure à un premier enfant par rapport aux suivants, il faudra néanmoins faire ressortir aux juges que la probabilité pour cette femme de 40 ans d'avoir un jour un enfant est maintenant minime, que pour elle cet enfant qu'elle a perdu répresentait 10 années de traitement, de souffrances, d'espoir, qu'elle risque de ne jamais connaître les joies de la maternité, de ne jamais avoir ce soutien moral, que de cette stérilité risquent enfin de naître des conflits à l'intérieur de son ménage ... en définitive que sa vie entière risque d'en souffrir.

Et pourtant, nous sommes incapables d'affirmer que cette grossesse aurait été à terme, que l'enfant n'aurait pas été prématuré, qu'il serait né vivant, qu'il n'aurait pas présenté de malformations statistiquement beaucoup plus fréquentes chez les femmes de cet âge ... Le préjudice moral n'en est pas moins considérable !

o o o

La césarienne nécessitée par des modifications post-traumatiques du bassin, évite certes les douleurs de l'accouchement - encore qu'elle fasse courir le risque d'une anesthésie et d'une intervention chirurgicale - mais elle limite dorénavant l'avenir obstétrical de la femme, l'expose aux accidents éventuels ultérieurs de l'hystérotomie, à une rupture utérine, à des adhérences péritonéales, au développement d'une endométriose sur son

incision, enfin la grève d'une cicatrice abdominale inesthétique. Invalidite permanente, préjudice obstetrical, préjudice esthétique et pretium doloris se trouvent ainsi réalisés.

L'hystérectomie nécessitée chez une femme jeune à la suite d'un éclatement traumatique de l'utérus la prive radicalement de toute possibilité de maternité. L'invalidité permanente, au sens où elle représente "une réduction du potentiel physique, psychosensoriel et intellectuel résultant de l'atteinte portée à l'intégrité corporelle de la victime "n'est peut-être pas considérable dans le sens où une femme peut très bien vivre sans utérus mais le préjudice moral est encore ici immense.

Ces divers exemples pour montrer à quel point le médecin expert doit faire ressentir aux juges la souffrance physique endurée par la femme, sa souffrance morale immédiate, cette amertume de toute une vie où elle sera privée d'avoir son propre enfant ...

Le plus souvent le juge appréciera en fonction de ce que le médecin expert lui aura fait comprendre, lui aura fait sentir en toute objectivité. En dernier ressort, seule compte la conviction du juge et c'est au médecin expert qu'il conviendra de l'avoir assise.

°
° °

Nous allons examiner maintenant quelques cas concrets d'associations de TRAUMATISMES et GROSSESSES.

Ces cas ont été recueillis dans les archives de la Maternité de PORT-ROYAL pour la plupart.

Ils vont faire apparaître à quel point la relation de causalité entre le dommage causé à la grossesse et le traumatisme est souvent difficile à établir, et avec quelle minutie le médecin expert doit conduire sa discussion.

Nous remercions ici M. le Pr VARANGOT d'avoir bien voulu nous communiquer ces dossiers médicaux. Grâce à lui, notre travail a pu prendre un intérêt tout particulier. C'est pourquoi nous voulons exprimer à Monsieur le Professeur VARANGOT nos sentiments de profonde et déférente gratitude, et toute notre admiration pour le Maître qu'il représente.

V. OBSERVATIONS

Madame Francine D..., 25 ans.

Antécédents :

Médicaux : en traitement depuis un an pour une syphilis découverte au cours de sa grossesse précédente
Gynécologiques : néant
Obstetricaux : 20.7.63 ANT d'un garçon pesant 3060 gr.

Histoire actuelle :

Dernières règles 31.12.63 terme prévu 14.10.64.

Hospitalisée à 6 mois 1/2 de grossesse à la suite d'un "malaise sur la voie publique" rapporté à l'etat de sous-alimentation dans lequel se trouve la malade.

A l'examen : malade très maigre ne pesant que 40 kgs pour 1 m 52 néanmoins développement normal de l'utérus : HU 26 cm MA + BDC + examen obstétrical normal.

Pendant son hospitalisation, le 6.8.64, alors que la malade dort "elle rêve", tombe de son lit. La radiographie de l'épaule douloureuse montre "une fracture sous capitale

de la tête de l'humérus" qui nécessite la pose d'un appareil plâtré.

Par ailleurs l'examen obstétrical note : aucune contusion abdominale, mouvements actifs perçus, bdc+ HU28 tête en bas dos à gauche, col long ferme, CDS souples.

Les examens successifs ne notent aucune anomalie en particulier pas de raccourcissement suspect du col.

Le 11.9.64 : soit au terme de 8 mois moins 3 jours - 1 mois et 5 jours après la chute : rupture de la poche des eaux alors que la malade lisait assise sur une chaise.

Le 23.9.64 : accouchement normal au terme de 8 mois 10 jours d'un enfant pesant 2800 gr.

Suites de couches normales
Développement normal de l'enfant
Rééducation normale de l'épaule.

Problème posé par cette observation :

Y a t-il une relation de causalité entre le traumatisme (chute du lit) et l'évolution de cette grossesse (rupture prématurée des membranes à 8 mois de grossesse et accouchement prématuré 20 jours avant le terme prévu) ?

DISCUSSION :

Le traumatisme survenu à 7 mois et ayant entrainé une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus n'a été suivi d'aucune manifestation pouvant faire craindre un retentissement quelconque de l'accident sur l'évolution de la grossesse :

Pas de contusion abdominale
Pas de contractions utérines

Pas d'hémorragie

Tous les examens obstetricaux pratiqués n'ont jamais montré quoi que ce soit d'inquiétant du côté de la grossesse.

Il s'est ainsi écoulé un mois et 5 jours entre cette chute du lit et la rupture de la poche des eaux sans aucune manifestation pathologique. La rupture prématuree des membranes peut être due à de nombreuses causes. En ce qui concerne cette malade la présentation était céphalique, il n'y avait pas de placenta praevia. La malade était certes porteuse d'une syphilis mais traitée depuis 1 an assez régulièrement semble-t-il.

Par contre elle présentait un état de fatigue et de dénutrition très important depuis le début de sa grossesse - Cet état antérieur aurait pu être aggravé par l'accident. En fait l'hospitalisation a entrainé un repos et une alimentation qui ont permis à l'état général de la malade de s'améliorer.

Toutefois, affirmer la cause de cette rupture prématurée paraît tout à fait impossible.

En tous cas, l'absence complète de filiation clinique entre l'accident et cette rupture ne permet en aucun cas d'imputer le traumatisme.

o

Madame Marie-France G..., 18 ans.

Antécédents :
Médicaux : néant
Gynécologiques : néant
Obstétricaux : néant

Histoire actuelle :

Dernières règles : 30.12.62 terme prévu 8.10.63.

Le 2.9.63 vue pour la troisieme consultation prénatale au terme de 8 mois moins 6 jours. Il est noté sur le dossier de consultation "excellent état", MA + HU 30 cm BDC + tête en bas, dos à droite, TV col long fermé, CDS libres, promontoire non atteint, épines sciatiques non perçues = bassin paraissant normal.

Le 5.9.63, donc au terme de 8 mois, Madame Marie-France G... est renversée par une voiture et admise d'urgence dans un Service de traumatologie pour : "fracture des deux fémurs au niveau du 1/3 inferieur, à synthèser ultérieurement car l'état de la malade (etat gravidique, choc traumatique, nombreuses plaies ecchymotiques) ne le permet pas dans l'immédiat. Déchocage (n'ayant toutefois pas nécessité de sang) et mise en traction et en abduction des deux membres inférieurs avec appareil plâtré provisoire", au cas où malgré largactil + dolosal, se produirait ce qui arrive effectivement :

8 heures après le traumatisme alors que la malade est stabilisée avec une tension à 10, 5/6, rupture spontanée des membranes et apparition des contractions utérines. La blessée reçoit à nouveau une injection sous-cutanée d'une ampoule de dolosal avant son transfert à la maternité où elle arrive à 6 heures 30, le 6.9.63, où l'on constate : "poche des eaux rompues depuis 2 heures environ, dilatation de 4 cm avec contractions utérines satisfaisantes en rythme et en intensité ; mouvements actifs perçus, bons bruits du coeur (+ 140) tension de la mère à 10/7, foetus apparemment petit, bassin per-

méable".

On discute la voie haute mais elle n'est pas impérieuse, elle risque d'ajouter l'aggression opératoire à l'état post-traumatique actuel. On tente donc la voie basse.

La dilatation progresse normalement jusqu'à complète. La tête s'engage. On constate alors que la tête descend mal et semble se bloquer à la partie moyenne. La tête est en O.I.D.P. Au bout d'une demi-heure pas de changement. La tête ne progresse pas. De plus, il s'avère que la patiente supporte de plus en plus mal les contractions, elle est très fatiguée. On se rend compte que pour poser des forceps, il va être impossible de mettre la femme en position gynécologique du fait de ses plâtres. Aussi, après avoir attendu encore 30 mn et n'avoir pas constaté de progression on se résout à la voie haute :

"Césarienne segmentaire, liquide teinté, extraction facile d'un enfant petit, assez pâle ; le coeur bat, la respiration s'établit après 50 secondes, 2200 gr. passé à la couverie. L'Apgar était à 6 d'abord et à 9 à la dizième minute. Le placenta ne montre pas d'hématome rétro-placentaire traduisant un décollement traumatique. Suites immédiates normales, la malade est repassée en Service d'orthopédie où elle est opérée 12 jours apres l'accouchement. Evolution normale, rééducation satisfaisante. Aucune complication pendant le traitement.

Enfant : élevage normal de ce prématuré de 8 mois, comportement normal, examen neurologique normal, aucune séquelle ce jour.

PROBLEME POSE PAR CETTE OBSERVATION :

Y a-t-il une relation de causalité entre le traumatisme et le déroulement anormal de cette

grossesse ?

DISCUSSION :

Il est tout d'abord à noter qu'à la consultation du 8e mois cette jeune femme avait été trouvée en excellent état. L'examen du bassin s'était avéré cliniquement normal.

La malade a subi un traumatisme particulièrement grave pour entraîner la fracture des deux fémurs. Le choc a été très important. La filiation clinique entre le traumatisme, la rupture de la poche des eaux et le déclenchement de l'accouchement survenant 8 heures après ce traumatisme est absolument indéniable.

Reste néanmoins à savoir si cette femme aurait accouché normalement si elle avait été à terme ou si elle aurait eu une césarienne.

Le bassin ayant éte jugé normal diniquement il n'y avait donc pas eu de radiopelvimétrie. Du reste l'engagement s'est fait normalement et ce n'est qu'à la partie moyenne que la progression s'est arrêtée. La tête était en outre en O.I.D.P. Il n'y a pas eu de pose de perfusion d'ocytocique mais le dossier ne donne pas de détails à ce sujet. Peut-être l'importante fatigue de la malade juste déchoquée, la crainte de ne pas voir tourner la présentation, l'impossibilité de mettre la femme en position gynécologique, l'importance des souffrances entraînées au moment de ses contractions uterines par les petits mouvements qu'elle effectuait sur sa table de travail et qui lui déclenchaient au niveau de ses fractures de violentes douleurs, tous arguments qui ont sans doute fait préférer la césarienne qu'a priori rien ne laissait supposer. La relation de causalité entre le traumatisme et le déclenchement prématuré de l'accouchement est donc certaine.

De même les conditions dans lesquelles est survenu cet accouchement en a empêché son déroulement normal et l'application des thérapeutiques habituelles qui auraient pu éviter la césarienne.

Le quantum doloris ne peut pas être considéré - du point de vue strictement obstétrical - comme important. Une intervention chirurgicale a certes été nécessaire mais elle a eu l'avantage de limiter les douleurs ressenties par la malade. Il peut être qualifié de moyen.

Le prejudice esthétique est indéniable du fait de la cicatrice abdominale que la malade n'aurait pas présentée autrement.

L'avenir doit être réservé en ce qui concerne l'enfant, malgré son examen neurologique normal du fait de sa prématurité.

Enfin, cette femme hystérotomisée à sa première grossesse subit un préjudice obstétrical certain. Elle présente désormais un utérus cicatriciel avec les risques qu'il représente pour une grossesse ultérieure et l'éventuelle limitation du nombre de ses grossesses.

o

Madame Dominique L... 33 ans.

Antécédents :

Médicaux : néant
Gynécologiques : néant
Obstetricaux : 12e geste 9e pare (3 F.C.P.)
A noter : groupe ORh- n'ayant jamais été transfusée.

Histoire actuelle :

Dernières règles : 6.4.63 terme prévu 20.1.64

Le 15.8.63, donc à 4 mois moins 5 jours accident de la circulation : "fracture de côte, fracture de l'omoplate droite, fracture du maxillaire inférieur".

Une anesthésie de 4 heures est nécessaire pour synthéser le maxillaire de même qu'une transfusion de deux flacons de sang isogroupe iso-Rh. L'examen obstétrical montre une HU à 16 cm, la persistance des mouvements actifs, au TV col long fermé, CDS libres. Pas de sang au doigtier.

Les examens ultérieurs sont également normaux.

Le 11.11.63, soit trois mois après l'accident, apparition d'un ictère accompagné d'un prurit avec vomissements, etat sub-fébrile ; thymol-test positif et élévation importante des transaminases. La malade est très asthénique et anorexique.

le 18.11.63, soit 6 jours après, accouchement prématuré, au terme de 7 mois, d'un enfant vivant, pesant 1750 gr, presentant une légère detresse respiratoire, une anémie ayant nécessité une transfusion (groupe de l'enfant ORh -)

Par la suite développement normal pas d'ictère.

En ce qui concerne la mère, pas de complications : pas d'hémorragie de la délivrance, suites de couche normales, le thymol-test et les transaminases baissent rapidement l'ictère disparait en 15 jours environ.

PROBLEME posé par cette observation :

Y a-t-il un rapport entre l'accouchement prématuré au terme de 7 mois et l'accident survenu 3 mois auparavant ?

DISCUSSION :

Le delai d'incubation, l'apparition de cet ictere infectieux d'allure virale, sont en faveur de l'étiologie dite de la seringue ou post-transfusionnelle.

On sait que les ictères survenant au cours de la grossesse peuvent causer des dommages au foetus et entrainent souvent des morts in utéro ou des accouchements prématurés.

Donc la relation de causalité est très probable, mais il est impossible de prouver que cet ictère est bien dû à la transfusion nécessitée par l'intervention.

D'autre part, si du fait de l'accident la malade devait être opérée et transfusée, cela était dans son intérêt et ce n'est pas du fait de son traumatisme mais de la malchance qui aurait voulu que lui soit peut-être inoculé un virus au cours de sa transfusion, qu'elle a fait un ictère. Si on peut affirmer que du fait de son traumatisme la malade devait être transfusée, le traumatisme n'est pas la cause déclenchante de l'ictère. Le traumatisme n'étant pas la cause directe de l'ictère, l'origine de l'ictère étant peut-être transfusionnelle mais ce n'est pas certain, et l'action de l'ictère sur la grossesse étant probable mais improuvable, la responsabilité du traumatisme par l'intermédiaire de l'ictère dans le déclenchement prématuré de l'accouchement ne peut pas être retenue.

o

Madame Annie P..., 29 ans.

Antécédents :
Médicaux : néant
Gynécologiques : néant

Obstétricaux : IIIe pare, IVe geste (FC l'année précédente).

Histoire actuelle :

Dernières règles : 9.1.63 accouchement prévu 22.10.63.

Le 20 mai 63 : a été battue et a reçu des coups de pieds dans le ventre, déclaration faite le jour même à la consultation externe de l'Hôpital BICETRE, où l'on note l' "existence d'ecchymoses de la face, de la cuisse droite, de la region para-ombilicale droite chez une femme enceinte de 4 mois".

L'examen obstetrical est normal : HU 16, MA + au TV : col long fermé. CDS libres, pas de sang au doigtier.

Le 2.6.63 : examen obstétrical normal.

Le 18.6.63 : (5e mois de grossesse), soit un mois après le traumatisme, apparition à deux reprises de douleurs et de petites métrorragies : hospitalisation de 15 jours à l'Hôpital BOUCICAUT pour menace de FC.

Le 24.10.63 : accouchement normal à terme d'un enfant de 2710 gr qui se cyanose dès sa naissance, et meurt en quelques minutes. L'autopsie révèle une agénésie diaphragmatique gauche complète.

PROBLEMES POSES par cette observation :

Le traumatisme du 20 mai a-t-il pu avoir une influence sur l'évolution de cette grossesse ?

. En ce qui concerne les troubles apparus au 5e mois.

. En ce qui concerne la malformation diaphragmatique.

DISCUSSION :

Il n'y a eu à la suite des coups reçus aucun signe quelconque pouvant faire craindre une action de ceux-ci sur la grossesse. L'examen obstétrical initial était normal de même qu'il l'était encore 15 jours après.
L'absence complète de filiation clinique entre le traumatisme et les symptômes survenus un mois après, ne permet pas d'établir une relation de causalité.

Le traumatisme a-t-il pu jouer un rôle dans la génèse de la malformation. Encore que l'on ne sache pas exactement quel est le mécanisme qui provoque ce type de malformation, on sait que les portions musculaires du diaphragme dérivent par immigration d'éléments musculaires provenant des Ier, 2e et 3e myotomes cervicaux. Au debut du 3e mois l'établissement des rapports définitifs entre les cavités thoraciques et abdominales est réalisé.

Donc, au moment de la survenue du traumatisme, l'anomalie était déjà constituée.

En outre, le traumatisme n'a pas atteint directement cette region du foetus comme aurait pu le faire un corps perforant, par exemple, et l'hémidiaphragme manquant ne pouvait pas être détruit.

Donc : non seulement à la date de survenue du traumatisme, la malformation était installée, mais encore il était impossible que le traumatisme la crée.

On ne peut donc retenir l'action des coups reçus ni dans un cas, ni dans l'autre.

o

Madame Catherine F... 23 ans.

Antecedents :

Médicaux : neant
Gynécologiques : néant
Obstetricaux : lère grossesse : 10.6.64 ANT, garçon 3450 g. bpt.
Chirurgicaux : 5.1. 65 : accident d'automobile fracture des branches ischio-pubiennes et disjonction de la symphyse pubienne ; hospitalisée jusqu'au 12.3.65 en chirurgie.

Histoire actuelle :

Dernières règles : fin Mai 1965 accouchement prévu 10.4.66.

Consulte pour la première fois dans le Service à 6 mois : HU 25 cm, examen obstétrical normal.

A 8 mois : HU 31 cm examen obstétrical normal, mais du fait des antécedents on demande une radio-pelvimétrie :

Transverse maximum	: 13
Transverse médian	: 12
P.R.P.	: 9
Oblique gauche	: 10,5
Oblique droite	: 11
Bi-épineux	: 9,5

Le 20.3.66 : la malade entre en travail au terme de 8 mois. A 1 heure 30, écoulement de liquide, CU toutes les cinq minutes à partir de cette heure, d'intensité moyenne.

A 6 heures, dilatation à 8 cm, présentation haute, toujours appliquée au detroit supérieur.

A 7 heures, CU toutes les 4 mn environ de moyenne intensité, bon relâchement inter-

phasique, BDC +. Au T.V. : dilatation inchangée, presentation haute.

- Ondécide la pose d'une perfusion de 500 cc de sérum glucosé isotonique avec 5 U de post-hypophyse, à raison de XII gouttes minutes.

A 7 heures 30, CU toutes les trois minutes, de bonne intensité, bon relâchement. BDC +. Au TV : pas d'engagement de la présentation, léger chevauchement des os du crâne.

- Décision de césarienne apres échec de l'épreuve du travail chez une femme ayant présenté une année auparavant une fracture des branches ischio-pubienne avec disjonction de la symphyse pubienne.

- Extraction d'une fille vivante, respirant et criant aussitôt pesant 3000 g mesurant 49 cm, apgar à la naissance 10/10. Suites de couches normales.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une femme qui avait présenté lors de sa première grossesse un ANT d'un enfant pesant 3450 g. qui à l'occasion de sa deuxième grossesse a eté cesarisee pour dystocie mécanique un an après une fracture du bassin avec lésion des branches ischio-pubiennes et disjonction de la symphyse. Ce deuxième enfant pesait 3000 g.

- Le poids du second enfant inférieur de 450 g. à celui du premier - mais né 15 jours avant terme,

- Les diamètres : PRP et Oblique Droit et Oblique Gauche limites, bien que ne pouvant pas être compares aux diametres initiaux de la

malade - puisqu'il n'y avait pas eu de radio-pelvimétrie avant le premier accouchement impliquent le rôle déterminant du traumatisme dans la survenue de la dystocie mécanique ayant entraîné la césarienne.

- le bassin avait en effet été jugé cliniquement normal au terme de la premiere grossesse

- Il est d'autre part inconcevable d'admettre qu'un enfant de poids supérieur ait pu passer sans encombre au travers des mêmes diamètres s'ils avaient cliniquement été mal appréciés.

Il est donc certain que : les fractures entraînées par le traumatisme ont provoque une diminution des diamètres du bassin, elle-même responsable de la dystocie mécanique qui a motivé la césarienne.

Les conséquences obstetricales de ce traumatisme devaient implicitement être mentionnées dans le rapport d'expertise ayant suivi l'accident, ainsi que leur incidence sur les espoirs de maternités ultérieures de la malade.

o

Madame Elisabeth B..., 21 ans.
Originaire du Tchad.

Antecedents :

Médicaux : néant
Gynécologiques : néant
Obstétricaux :
lère grossesse, 1960 ANT, garçon 4900 g. bpt
2e grossesse, 1963 ANT, fille 5500 g. bpt

Histoire actuelle :

Dernières règles 7.2.65. Accouchement prévu 21.11.65.

Grossesse d'évolution normale jusqu'au terme de 6 mois 1/2. Le 2.9.65 à 18 h. 30 au terme de 6 mois 1/2 a fait une chute sur le trottoir : pas de traumatisme direct sur l'abdomen, pas de traumatisme crânien, pas de perte de connaissance, mais
- métrorragies 30 mn après la chute
- consulte d'urgence à la maternité où l'on constate :
  HU 27, MA perçus, BDC +
  Abdomen et utérus parfaitement souples pas de contractions utérines
  Tête en bas, ballottement foetal +
  Au TV : col postérieur, court, fermé, segment inférieur épais, tête haute et mobile, pas d'écoulement de liquide constate, un peu de sang sur le doigtier.

Mise en observation avec, le soir : un suppo Nembutal + un suppo spasmavérine.

Le 3.9.65 : pas de CU, au spéculum : écoulement d'un filet de sang par l'orifice externe du col.

Le 4.9.65 : pas de CU, pas d'écoulement, peut sortir.

Le 7.9.65 : la femme revient à 12 heures pour metrorragies de sang rouge avec caillots survenues au cours de la nuit ;

Pas de CU, mais douleurs lombaires
HU 29, tête en bas, BDC +
Le doigtier ramène un peu de sang rouge, la malade est mise en dortoir repos strict au lit, traitement antispasmodique.

La malade "saignotte" jusqu'au 15.9.
Le 17.9.65 : une localisation placentaire révele un placenta très étendu mais non recouvrant.

Le 20.9.65 : rupture spontanée des membranes, la malade est mise sous Extencilline.

Le 25.9.65 : tentative de déclenchement : échec.

Le 30.9.65 : à 1 heure métrorragies brutales, très abondantes innondant la malade ; pas de CU, utérus souple, MA + BDC + mais lents 87. Au TV (pratique en salle d'opération) col œurt entr'ouvert, placenta perçu, affleurant l'OI, tête haute et mobile, SI très épais, pose d'un flacon de sang.

Cesarienne décidee en urgence au terme de 7 mois 1/2 pour placenta praevia non recouvrant avec poche des eaux rompue depuis 12 heures et survenue d'une hémorragie en dehors du travail.

Enfant : apgar 1/10 à la naissance. Décédé une heure 30 plus tard.

PROBLEME posé par cette observation :

Y a-t-il relation de causalité entre le traumatisme et le déclenchement prématuré de l'accouchement et son déroulement ?

DISCUSSION :

Les métrorragies survenues 30 mn après l'accident, malgré l'absence de traumatisme abdominal sont néanmoins vraisemblablement en rapport avec celui-ci. Le brusque changement de position dû à la chute de toute la hauteur de la malade a pu provoquer une mobilisation foetale et liquidienne qui par les modifications

de pression qu'elle a entraînées a facilement pu "tirailler" le placenta et le décoller un peu. Mais les conséquences auraient-elles été les mêmes sur un placenta normalement situé, normalement inséré ? Il est peu probable alors, que l'hémorragie se soit extériorisée du fait du peu d'importance qu'elle a revêtue dans ce cas précis. De toutes façons on ne peut l'affirmer. En outre, si la fréquence des "placenta praevia" - c'est à dire où le petit côté est inférieur à 10 cm - est assez élevé (1 sur 4), la fréquence du placenta praevia hémorragique est beaucoup plus faible : 0,5 % selon le Professeur MERGER. Dans le cas précis, il s'agissait d'un placenta marginal, donc, qui se serait presque certainement manifesté.

En fait, on peut admettre que le traumatisme a été l'élément révélateur de cette anomalie, mais ses conséquences immédiates ne semblent pas avoir été très importantes puisque le lendemain de l'accident la malade ne saignait pratiquement plus et que le surlendemain, elle sortait de l'hôpital.

Il est néanmoins impossible d'exclure que le traumatisme a peut-être un peu accéléré cette evolution.

Toutefois l'hémorragie brutale n'est survenue que 28 jours après le traumatisme, après l'échec d'une tentative de déclenchement, et ce n'est qu'à l'occasion de l'hémorragie que l'on a pu, en salle d'opération, constater la situation marginale du placenta.

Si donc, il est possible d'admettre que le traumatisme a pu faire saigner ce placenta mal situé ce qui a eu pour conséquence de faire suspecter l'anomalie, s'il est également possible qu'il ait eu un rôle accélérateur dans

le déclenchement de l'hémorragie - encore que celle-ci n'est survenue que 28 jours plus tard - , il est impossible de l'affirmer ; de même il est impossible d'affirmer qu'avec une telle insertion placentaire il n'y aurait pas eu d'hémorragie et que la grossesse aurait été à son terme.

Il est donc impossible d'affirmer le rôle du traumatisme : il y a DOUTE.

De ce fait : on peut donc au maximum reconnaître au traumatisme un rôle révélateur de l'anomalie, mais il est impossible de lui imputer les conséquences de celle-ci.

o

Madame Michèle R..., 27 ans.

Antecédents :

Médicaux : néant
Gynécologiques : néant
Obstetricaux : 2 ANT.

Histoire actuelle :

Au 6e mois de grossesse, faux-pas en descendant l'escalier mécanique d'un grand magasin. "Fracture de la malléole externe gauche ; immobilisation plâtrée de deux mois". Rééducation satisfaisante.

Il persiste néanmoins un oedème important de la cheville et du mollet gauche.

A 8 mois 1/2 le 25.3.65, accouchement normal d'un enfant de sexe masculin pesant 2850 grammes.

Survenue chez la mère d'une phlebite de la jambe gauche dans les suites de couches immé-

diates.

PROBLEME posé par cette observation :

Y a-t-il un rapport de causalité entre l'accident initial et l'accident thrombo-embolique ?

DISCUSSION :

Les accidents thrombo-emboliques sont fréquents dans les suites de couches. Pour le Pr MERGER, 1 sur 200 accouchements. Néanmoins dans le cas précis, le début des douleurs au niveau de l'oedème résiduel, la prise du mollet sus-jacent, indiquent bien que les séquelles locales du traumatisme ont été le facteur prédisposant de la phlébite.

Si donc le traumatisme n'est pas la cause déclenchante de la phlébite il en est directement responsable par les séquelles qu'il a entraînées.

o

Madame Huguette H..., 24 ans.

Antécédents :

Medicaux : néant.
Gynécologiques : néant
Obstetricaux : néant.

Histoire actuelle :

Dernières règles : 25.11.66 Accouchement prévu : 8.9.67.

En juin 67, au terme de six mois, accident de voiture : hospitalisation à Cochin ; mise en observation.

Hemopéritoine constate 36 heures après l'accident : l'intervention revèle une lésion du bord inférieur du foie : cholécystostomie.

Dans les suites de l'accident, pas de CU, pas d'hémorragie, persistance des MA, BDC +, examen obstetrical normal. A 7 mois, l'examen obstetrical est normal ; le drain de cholécystostomie est toujours en place. Essai de clampage du drain en juillet, mais persistance de perte de bile par l'orifice abdominal. Les chirurgiens decident de laisser le drainage jusqu'à l'accouchement. Persistance d'un écoulement de 300 à 400 cc par jour.

Malgré l'importance de la réanimation, la malade maigrit de six kilos : passe de 57 à 51 kg à la mi-juillet.

Le 23 juillet, apparition de CU, col presque effacé, largement perméable, HU = 27 cm.

Malade mise sous perfusion Duvadilan + Dolosal, qui n'empêche pas la dilatation de se poursuivre. A la rupture de la poche des eaux : liquide clair ; la dilatation progresse jusqu'à complète régulièrement ; la tête descend bien ; la malade est mise en position gynécologique.

Du fait de la cicatrice de cholécystostomie (où persiste un drain), et de la fatigue très importante de la malade, on décide l'application d'un forceps de Tarnier après épisiotomie préventive sous anesthésie générale : extraction à 7 mois 1/2 d'un enfant de sexe feminin vivant, criant et respirant aussitôt, pesant 2640 grammes. Apgar 9/10 à la naissance.

Réfection de l'épisiotomie sous anesthésie générale.

Le 28 juillet, soit 5 jours apres l'accouchement, apparition progressive d'une dyspnée avec douleur thoracique à l'inspiration du côté droit.

A la radio : opacité pleurale droite.

A la ponction : pleurésie purulente.

Malade transférée à Cochin pour traitement de la pleurésie qui se résorbe apparemment sans séquelle. Durant son hospitalisation à Cochin, désunion de l'épisiotomie que l'on ne reprend pas du fait de l'etat général très médiocre de la malade.

Six mois après : l'examen gynécologique montre une bonne cicatrisation de l'épisiotomie, mais il persiste une dyspereunie. Des examens clinique et neurologique de l'enfant montrent un développement parfaitement normal.

EN CONCLUSION :

- Indépendamment de la réparation du traumatisme abdominal, de la contusion hépatique et de la cholécystostomie qu'ils ont entrainés et qui ne font pas l'objet de cette étude,

a) on doit discuter : Quel est le rôle du traumatisme sur le déclenchement prématuré de l'accouchement.

. Plaident en sa faveur :

1) l'absence préalable d'anomalies dans le déroulement de la grossesse.

2) l'importance même du traumatisme.

3) L'intervention chirurgicale qu'il a nécessitée, et l'importance des troubles hydro-électrolytiques entraînés par la choles-

cystostomie.

4) L'importance de l'altération de l'etat général qui en est résulté.

5) Enfin, l'absence d'antécédents gynécologiques (en particulier, pas de FC, pas de curetage) qui auraient pu éventuellement créer une béance isthmique.

. plaide contre lui, la survenue de l'accouchement un mois après le traumatisme alors, que, lors de celui-ci aucun phénomene de debut de travail ne s'était manifeste.

DISCUSSION :

Il est incontestable que cette femme a subi un accident très grave. Si celui-ci n'a pas eu de conséquence immédiate sur la grossesse, l'importance de la fatigue qu'il a entrainée, l'altération massive de l'état général, la fuite hydro-électrolytique considérable que n'a pas reussi à compenser la réanimation - cette femme qui aurait du grossir de 2 kg en un mois, en a perdu 6 - sont des facteurs suffisamment importants pour avoir déclenché cet accouchement prématurément, qu'aucune constatation anamnestique ou clinique ne laissait prevoir.

b) le rôle du traumatisme étant reconnu dans le déclenchement prématuré de l'accouchement, ses conséquences quant à la prematurité de l'enfant doivent donc être garanties pour l'avenir.

c) le prejudice esthétique causé par l'épisiotomie peut être considere comme nul.

d) la dyspareunie résiduelle n'est généralement pas considérée comme un préjudice d'agrément.

o

Cette étude pratique de dossiers médicaux concernant l'association TRAUMATISME et GROSSESSE montre comme on l'avait laissé entendre, que le problème qui se pose le plus souvent est celui de la relation de causalité.

Cette relation de causalité est l'élément fondamental. Admise, elle engage non seulement le responsable du traumatisme vis à vis d'un état actuel, mais également vis à vis d'un état futur = la survenue d'une nouvelle grossesse, et surtout vis à vis d'un être qui va naître et qui peut supporter les conséquences de ce traumatisme.

Le DOUTE est possible, ici, peut être encore plus qu'ailleurs. Mais l'importance des conséquences est telle que par une analyse minutieuse le médecin expert se doit d'en réduire la part au minimum.

Le médecin expert se devra ensuite d'apprécier la durée et l'importance de l'invalidité, de qualifier le quantum doloris, de motiver le prejudice esthétique et d'expliquer d'une certaine manière le préjudice moral. Ce n'est que grâce à ce travail que le juge pourra avoir une idée exacte

. de la réalité du dommage
. et de son importance

et si finalement lui seul, juge dans son intime conviction, c'est au médecin expert qu'il aura demandé les arguments qui lui auront permis de comprendre et de décider.

-:-

VI. DISCUSSION

Au terme de cette étude, on doit constater que, bien qu'il ne s'agisse pas d'une question nouvelle, de très nombreux problèmes se posent encore en ce qui concerne l'association TRAUMATISME et GROSSESSE.

- SUR LE PLAN LEGISLATIF :

Une amélioration certaine est à apporter aux lois sociales, en particulier à la législation du travail encore insuffisante surtout en ce qui concerne la protection de la femme enceinte.

. Les changements de poste pendant la grossesse sont la plupart du temps impossibles à réaliser du fait de la spécialisation de plus en plus importante qui est imposée aux ouvrières, et de l'absence, le plus souvent, de postes calmes auxquels elles pourraient être affectées. Ainsi de nombreuses femmes enceintes continuent un travail qui les expose, sinon aux accidents graves en nette diminution, du moins aux multimicro-traumatismes dont les statistiques allemandes, celles du Professeur MERGER à l'Hôpital St Antoine, et notre constatation hospitalière nous prouvent l'influence la plus nette quant à leur incidence sur les avortements spontanés et les accouchements prématurés.

. Les quelques fois où ces changements de pos-

sibles, il serait nécessaire qu'ils ne soient pas motif à diminution de salaire comme c'est le plus souvent le cas, posant ainsi un problème social que la femme est obligée de résoudre négativement dans la majorité des cas devant l'augmentation des frais qu'une proche naissance va entraîner.

. Le congé prénatal systématique, six semaines avant l'accouchement est indéniablement un mieux. Il est toutefois absolument aveugle et ne tient absolument pas compte des différences d'emplois des femmes enceintes ni de leur état personnel de tolérance à la grossesse. S'il convient à la rigueur à une secrétaire, conviendra-t-il aussi à une femme de ménage ou à une ouvrière travaillant à la chaîne ? Indépendamment de l'énorme différence de fatigue qu'elles subissent, supporteront-elles également toutes deux, les longues heures de transport necessaires pour se rendre à leur lieu de travail.

S'il est un mieux dans le sens où l'on protège ainsi la mère en lui imposant le repos à partir de 7 mois 1/2, ne serait-il pas également souhaitable que l'on ait la possibilité de proteger le foetus à partir de 6 mois 1/2, période la plus critique pour sa viabilité et son développement ultérieur ? Et comment protéger ainsi le foetus sinon qu'en imposant à la mère, le repos dès 6 mois 1/2 dans les mêmes conditions d'avantages sociaux existant actuellement à partir de 7 mois 1/2.

- SUR LE PLAN MEDICAL ET OBSTETRICAL :

Nous avons vu que de nombreuses techniques sont maintenant bien codifiées :

. en cas de choc, combattre d'abord celui-ci par les moyens adéquats avant de s'attaquer

à la lésion locale.

. en cas de fractures, il faut appliquer à celles-ci les mêmes règles thérapeutiques qu'en dehors de la grossesse.

. en cas de lésions utérines, l'abstention est toujours à rejetter mais le traitement doit être aussi conservateur que possible :

- à distance du terme, simple suture des perforations sans évacuation utérine quand le foetus est vivant et les lésions limitées.

- à l'approche du travail ou pendant celui-ci, évacuation préalable de l'utérus par césarienne. Sa restauration sera toujours préférée à l'amputation.

- en cas de lesions abdominales graves sans lésions uterines, respect de la grossesse loin du terme, mais césarienne à l'approche du terme.

- si la mère est mortellement atteinte et le foetus vivant et viable, il faut pratiquer une césarienne ante-mortem dans le seul intérêt de ce dernier.

. En cas de lesions du bassin osseux : si l'on a longtemps considéré qu'une déformation anatomique importante était parfaitement compatible avec un résultat fonctionnel satisfaisant les orthopédistes reconnaissent qu'elle comporte presque obligatoirement une conséquence articulaire directe qui, à long terme conduira à une dégradation du résultat fonctionnel.

Les Accoucheurs savent depuis longtemps que

les césariennes itératives ne sont pas sans conséquences, et que la césarienne elle-même, malgré tous les progrès comporte encore un certain risque. En outre, les moyens contraceptifs exigés dans ces conditions ne doivent pas ne pas être pris en considération.

Aussi certains d'entre eux pensent que chez une femme jeune, une attitude therapeutique plus "agressive" serait souhaitable visant autant que possible la "restitutio ad integrum" par interventions chirurgicales aussi bien sur les fractures fraiches (par fixateur d'Hofmann par exemple) que sur les séquelles de fractures à type de cal vicieux (par pelvitomie innominée avec interposition d'un greffon osseux). Ces interventions d'avant-garde ne sont pas encore justifiées pour tous.

en cas d'accouchement prématuré, surveillance stricte du foetus au cours de la dilatation, oxygénothérapie maternelle et antibiothérapie quand les membranes sont rompues, ne sont plus discutées. Pour certains, la perfusion intra-veineuse lente d'ocytociques pourraient être utilisée avec prudence si le travail est anormalement lent ; elle serait moins nocive pour le foetus que la prolongation excessive du travail.

A l'expulsion, l'épisiotomie est presque systematique, pour éviter la lutte contre l'obstacle périneal.

A sa naissance, l'enfant doit être dirigé au plus vite, dans la mesure du possible, dans un centre spécialisé.

. En cas de séquelles de fracture du bassin, tout dépend de l'évaluation que l'on a faite

de la capacité pelvienne. Quand elle est jugée possible, l'epreuve du travail doit être tentée ; le plus souvent en cas de déformation importante ou de cal exubérant, la césarienne est d'emblée indiquée.

- Néanmoins, de nombreux points sont encore assez obscurs. Ils tiennent soit à la grossesse elle-même, soit aux conséquences du traumatisme sur celle-ci.

- On sait en effet encore mal apprécier "l'etat de grossesse". On ne peut pas déterminer avec precision son debut. Seuls de difficiles dosages chimiques nous donnent un reflet de son déroulement mais nous ne savons que peu de choses, et encore seulement par comparaison, sur sa progression intime. Rien ne nous permet de savoir si une grossesse évoluant apparemment convenablement ne se terminera pas spontanément prématurément. Nous ne connaissons souvent qu'a postériori - et encore quand on les découvre - les causes d'un accouchement prématuré et le plus souvent nous sommes dans l'incapacité de le prevenir. Nous ne savons pas toujours pourquoi brusquement et prématurément les membranes se rompent ; pourquoi il se constitue brutalement chez une femme apparemment bien portante et en dehors de tout traumatisme un hématome rétro-placentaire ; pourquoi en dehors de toute malformation utérine ou de tout accident corporel un placenta se décolle avant le début du travail ; pourquoi une endométriose survient ... etc.

Le mécanisme du déclenchement de l'accouchement nous est encore pratiquement inconnu: pourquoi les femmes accouchent-elles aux environs de neuf mois de grossesse ? Qu'est-ce qui fait que le travail commence ?

Pourquoi semble-t-il parfois commencer avant ou après cette date ? Ou ne pas commencer du tout au point de nous forcer à intervenir ? Comment expliquer que dans certains bassins cliniquement normaux et radiologiquement normaux et compétents pour le foetus qu'ils renferment, en dépit même parfois de bonnes contractions et d'un bon relachement, la progression ne se fait pas ?

Rien ne nous permet de comprendre quelquefois, la genèse d'une malformation chez un enfant né à terme. Ni les dosages d'anticorps, ni les etudes génétiques ne nous fournissent parfois de réponse.

Nous voyons qu'une connaissance plus approfondie des mecanismes intimes de la grossesse est à acquérir. Trop d'aspects en sont encore obscurs et de nombreux accidents ne peuvent encore être prévenus ni même prévisibles. Les dosages chimiques que nous connaissons, les examens électriques ou radiologiques que nous possédons nous donnent encore souvent trop longtemps après, du moins pour les résultats chimiques, des résultats concernant un état déjà dépassé auquel les corrections que nous apportons sont évidemment à la mesure de nos connaissances thérapeutiques actuelles mais toujours retardées par rapport à une situation qui a déjà évolué.

Les nombreuses études effectuées actuellement par les généticiens, physiologistes, biologistes et obstetriciens nous permettent d'espérer que ces lacunes seront un jour pratiquement comblées, et que l'on pourra prévoir l'accident au cours de la grossesse, le prévenir ou du moins apporter immédiatement les corrections nécessaires pour en empêcher la réalisation.

- SUR LE PLAN MEDICO-LEGAL DE L'EXPERTISE :

Il est évident que tant que nous ne connaîtrons pas mieux les subtilites de cet "état de grossesse" les accidents ou les incidents qui peuvent le grèver, la tâche du medecin expert ne sera pas facilitée.

Si le plus souvent, le juge apprécie en fonction de ce que le medecin-expert lui a fait comprendre, lui a fait sentir quant aux problèmes moraux que l'interruptio d'une grossesse fait naître à la suite d'un traumatisme, c'est qu'il lui a remis une mission précise et qu'il lui fait confiance = Existe-t-il une relation de causalité indéniable entre le traumatisme et ce qu'il est advenu par la suite de cette grossesse ?

Certes quand il existe un laps de temps très court entre le traumatisme subi et la modification apportee au deroulement jusqu'alors apparemment normal de cette grossesse, le travail du Medecin-expert est considerablement simplifie. La filiation entre le traumatisme et ses consequences présumees est suffisamment brève pour qu'il n'y ait pas de DOUTE.

Le juge ne demandera pas d'explications physiopathologiques trop precises mais qui éventuellement sont évidentes ou s'expliqueraient par des mots simples dont le sens serait facilement comprehensible... Encore faut-il que le traumatisme ait paru suffisant ; ce qui n'est pas toujours le cas = MAURICEAU lui-même ne disait-il pas que"certaines femmes pouvaient avorter au moindre faux pas."

Malheureusement la filiation n'est pas toujours aussi immediate. C'est alors que le Médecin-expert va se heurter à toutes les lacunes concernant les connaissances actuelles

sur "l'état de grossesse" lui-même et évidemment sur les conséquences des traumatismes sur cet état.

Contrairement à MAURICEAU, TILLAUX admettait que parfois "la femme enceinte pouvait subir des traumatismes très violents sans dommage pour la grossesse." Il serait bien difficile, compte tenu de ce que nous savons de l'"état de grossesse" d'expliquer exactement le mode d'action d'un traumatisme plus ou moins important sur un etat que nous connaissons si mal. Nous constatons une anomalie dans l'évolution de la grossesse et il va falloir faire de cette anomalie un effet de l'accident ou un incident propre à la grossesse elle-même.

Le medecin-expert se doit donc de rechercher une relation de causalité entre les anomalies observées et le traumatisme imputé. Mais il doit aussi rechercher toutes les causes, médicales et obstétricales, qui auraient pu aboutir aux mêmes conséquences. Et il n'est pas douteux que nous en ignorions encore beaucoup. Quant aux laboratoires de physiologie experimentale etudiant le mode d'action à brève ou longue distance d'un traumatisme, tant physique que biologique, ils n'existent actuellement que sur le carreau des usines ou sur les routes à grande circulation...

Le médecin-expert se devra donc de réunir un faisceau d'arguments "pour" ou d'arguments "contre" élaboré après une etude minutieuse de tout ce qu'il connait, de tout ce qui s'est produit, de tout ce qui n'a pas pu se produire compte tenu d'examens effectués a posteriori.

Les connaissances les plus parfaites des données actuelles et les decouvertes les plus récentes doivent lui être acquises avant de trancher pour ou contre la relation absolue

de cause à effet à laquelle le Juge veut le voir parvenir afin que lui, appelé à decider en dernier ressort, le fasse avec l'équité que ces douloureux problèmes requièrent.

Ce n'est que quand tous les problèmes que nous venons d'exposer seront en partie résolus que l'on pourra constater respectivement

- d'une part une diminution relative de ces traumatismes, du moins en ce qui concerne ceux du travail
- d'autre part
  - une meilleure prévention de leurs actions sur la grossesse.
  - une meilleure utilisation des thérapeutiques pouvant en limiter les conséquences.

Dans l'interêt de tous, de la blessee, de son enfant, du médecin, de l'expert et du juge l'"Association TRAUMATISME et GROSSESSE" doit devenir moins fréquente mais mieux connue pour laisser la place au

"SYNDROME TRAUMATISME et GROSSESSE"

-:-

VII. CONCLUSIONS.

I. L'association traumatisme et grossesse pose donc des problèmes qui se situent :

- sur le plan legislatif : on ne peut que souhaiter une amélioration des lois sociales, protegeant le travail des femmes enceintes, autorisant les changements de poste sans prejudice, assouplissant le congé prenatal systematique selon le travail à faire et la tolérance à l'état gravidique ;

- sur le plan médical et obstetrical, les techniques à appliquer en cas de choc, de fractures, de lésions utérines, osseuses, sont aujourd'hui bien codifiées ;

- sur le plan médico-legal de l'expertise, la relation de causalité entre les anomalies observées et le traumatisme imputé sont à rechercher, en faisant appel aux ressources de tous les modes d'appreciation et d'exploration disponibles.

II. Ces differents problèmes etant resolus au mieux de l'intérêt de la femme et de la societé, on pourra esperer constater

- une diminution relative des traumatismes professionnels ;
- une prévention de leur retentissement sur la grossesse ;
- une meilleure utilisation des therapeutiques pouvant en limiter les conséquences.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : J. VARANGOT

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

ASIEL.
L'influence du travail chez la femme enceinte.
Arch. belges Méd. Soc., 1958, n° 9-10.

BEHAR E.
L'activité professionnelle de la femme pendant la grossesse. Facteur social de la mortalité périnatale.
Thèse Paris 1962, 105 p.

BRINDEAU A., COHEN.
Intra uteriner Fruchtod nach einem Eisenbahnumfall
Deutsch. Zeitsch. Gerichtl. 1931, 16.

CHAUMONT A.J.
Traumatisme et avortement. Avortement spontané à suites mortelles apres violences physiques légères.
Ann. Méd. légal. 1961, 41, p. 113-117.

DUVOIR M.
Avortement et accident d'automobile.
Ann. Méd. Légal. 1931, 11, p. 611-614.

GOUIN P.
Les fractures du bassin et leurs rapports avec l'accouchement
Revue Fr. Gynéc. Obst. 1937, 32, p.58-80.

GRACA.
Trauma und Gravidität.
Zentralbl. für Gynäk. 1929, p. 504-512.

HARANT Y.
Aspects médico-légaux de quelques problèmes soulevés par la vie sexuelle de la femme.
Thèse Paris, 1959, 164 p.

HUMMEL P., GANDAR R., CREVOISIER R.
Rupture utérine après traumatisme.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1959, 11, pp. 190-192.

JAVET C.
Rôle of the patient's activities in the occurence of spontaneous abortium.
Fertil. Steril., 1960, 11, p. 550-558.

KLEES E.
Atteinte intra-utérine du foetus par traumatisme au cours de la grossesse.
Zbl. Gyn. 1951, 73, p. 1294-1299.

LACOMME M.
Traumatisme et gestation.
Prat. Med. Fr. nov. 1938, 14, p. 728-736.

LE GUEUT, MARIN.
Expertise médico-judiciaires.

LE ROY
L'évaluation du préjudice corporel.

LORIOT.
Traumatisme et avortement et leurs répercussions médico-légales.
Journ. Praticien, 1924, 38, p. 60-70.

LUCION Ch.
Conséquences des traumatismes de la voie

publique chez la femme enceinte.
Thèse Lyon, 1965, 87 p.

MAGNIN.
Gynecologie et obstétrique, 1969, 3.

MANON.
Traumatisme et grossesse.
Encyclopédie médico-chirurgicale Obstétrique.

MAYER M.
Activité professionnelle de la femme enceinte son influence sur la grossesse.
Revue Hyg. Méd. Soc., oct. 1959, 7.

MAYET, REY.
Guide Barême des accidents du travail et des maladies professionnelles.

MERGER R., LEVY J., MELCHOIR J.
Précis d'obstétrique.
1957, Masson édit., p. 282-284 et 349-366

MERLE D'AUBIGNE.
Traumatismes anciens.

NAUJOKS H.
Gerichtliche Geburtshilfe.
1° éd. Thieme éd. Stuttgart, 1957, p.247-257.

ODDO R.
A propos de deux cas de traumatisme au cours de la grossesse.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1952, 4, p.139-142.

PARKINSON C.E.
Traumatic rupture of the gravid uterus
Amer. Journ. Roentgenol., 1958, 80,
p. 684-685.

PIGEAUD, MAGNIN.
Bassins traumatiques.
Encyclopédie Medico-Chirurg. Obstétrique.

RICHON J.
Hémorragie rétroplacentaire traumatique.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1951, 3,
p. 304-305.

SCOATARIU F.S.
Traumatisme et grossesse.
Thèse Strasbourg, 1962, 81 p.

SEITZ.
Schwangerschaft und Unfall.
Arch. Orthop. 1933, 34, p. 18-24.

SIEGERT E.
Abort und Unfall.
Med. Klin. 1940, p. 325-327.

SIMONIN C.
Médecine légale et judiciaire
Paris, 1955, Maloine édit., p. 1054.

STEWART A.
Environmental hazards of pregnancy.
Journ. Obt. Gyn. Brit. Emp. oct. 1959.

VAILLAND G.
Le travail de la femme.

VERMELIN H., FACQ J.
Hemorragie rétro-placentaire d'origine
traumatique à six mois.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1956, 8,
pp. 117-118.

VIGNES P.
Traumatismes et gestation.
Journ. Praticien, 20 oct. 1923, 42.

WHITELEY H.J., GREENE H.N.
The role of trauma in the aetiology of abortium.
Journ. Obst. Gyn., 1952, 59, p. 829-833.

Considérations générales sur l'expertise et la reparation juridique du Dommage Corporel
Gazette du Palais, 30 janv. 3 et 6 fév. 1968.

-:-

Table des Matières

	pages
I . Introduction	13
II . Etude de la législation du travail	19
III. Etude des conséquences du traumatisme chez la femme enceinte	25
IV . Problèmes posés aux juges par l'association traumatisme et grossesse	45
V . Observations	53
VI . Discussion	77
VII. Conclusions	87
Bibliographie	89